

## Blasenschwäche beim Mann

Ein unterschätztes aber gut behandelbares Problem

Die Harninkontinenz ist immer noch eines der größten Tabuthemen unserer Zeit. Nur etwa 15 Prozent der Betroffenen suchen ärztliche Hilfe auf, weil sie sich genieren, darüber zu sprechen. Dabei leiden in Österreich 450.000 Menschen daran! Jede vierte Frau und jeder zehnte Mann sind im Laufe ihres Lebens davon betroffen. Richtig diagnostiziert ist die Blasenschwäche allerdings sehr gut behandelbar.

**Definition der Inkontinenz**  
lt. ICS (International Continence Society) 2002

Jeder unfreiwillige Harnverlust wird als Inkontinenz (Blasenschwäche) definiert.

Inkontinenz ist keine Erkrankung, sondern ein Symptom, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können.

### Häufigkeit der Blasenschwäche

Die Blasenschwäche beim Mann ist ein unterschätztes Problem. Die Blasenschwäche wird immer noch als Frauenleiden angesehen. Dabei kommt sie beim Mann gar nicht so selten vor. Im Durchschnitt beträgt die Rate der Blasenschwäche bei der gesamten männlichen Bevölkerung etwa zehn Prozent d.h. es trifft jeden zehnten Mann. Bis zum 40. Lebensjahr ist allerdings kaum ein Mann von einer Blasenschwäche betroffen. Ab dem 60. Lebensjahr steigt jedoch die Häufigkeit der Blasenschwäche deutlich an, zunächst auf etwa zehn bis 13 Prozent. Zumeist ist die Prostatavergrößerung daran Schuld, aber auch die operative Therapie eines Prostatakarzinoms. Im Vergleich dazu leiden Frauen in diesem Lebensalter in etwa 20 Prozent an Blasenschwäche.

Aber ab dem 70. Lebensjahr sind schon 30 Prozent aller Männer von einer Inkontinenz betroffen, sicherlich auch bedingt durch die Alterungsprozesse der Blase. In diesem Lebensalter liegt somit die Häufigkeit der Inkontinenz bei Männern genau so hoch wie bei den Frauen! Das starke

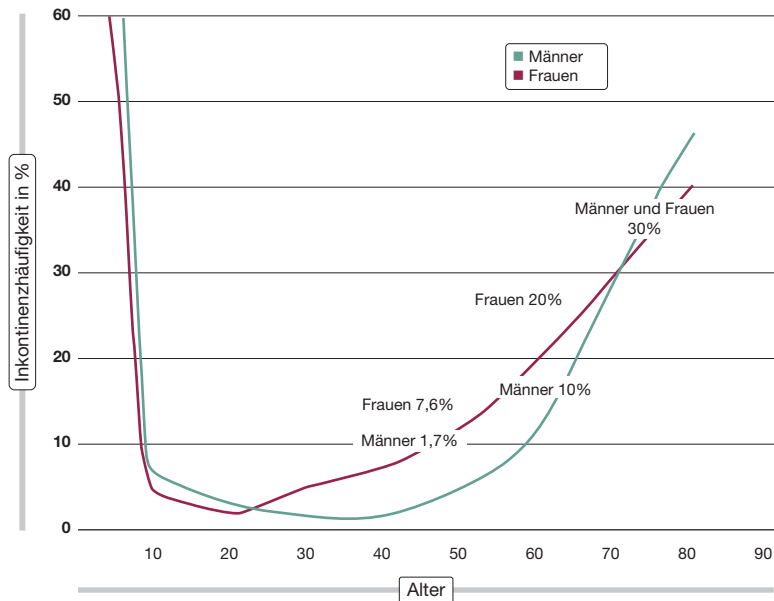


Abb. 1: Häufigkeit der Inkontinenz in Abhängigkeit vom Alter

Ansteigen der Inkontinenzhäufigkeit bei zunehmendem Alter zeigt die *Abbildung 1*.

### FORMEN DER BLASENSCHWÄCHE BEIM MANN

Die Formen der Blasenschwäche lassen sich in folgende Kategorien einteilen:

1. Dranginkontinenz
2. Überlaufinkontinenz
3. Belastungsinkontinenz nach Prostataoperation
4. postmiktionelles Nachträufeln

**Dranginkontinenz**  
(durch eine Fehlfunktion des Detrusors - Blasenmuskels)

Dranginkontinenz nennt man den Harnverlust, der mit einem so starken Harndrang verbunden ist, dass man ihn nur sehr schwer bis gar nicht beherrschen kann. Der Harnröhrenverschluss ist dabei intakt. Man spricht auch von einer Reizblase.

### Symptome der Dranginkontinenz

Die Dranginkontinenz zeichnet sich aus durch irritative Beschwerden, wie häufiger Harndrang, zwingender Harndrang, nicht beherrschbarer Harndrang bis hin zum Harndrang mit Harnverlust.

Die Blase kann sich nicht mehr so füllen wie vielleicht in jüngerem Alter. Es findet früher eine Meldung von der Blase ans Gehirn statt zur Einleitung der Blasenentleerung, bzw. das Gehirn ist nicht mehr in der Lage, den Harndrang ausreichend zu kontrollieren.

### Ursachen der Dranginkontinenz

#### 1. Alterungsprozess der Blase

Die Blase ist nicht mehr so dehnbar, nicht mehr so elastisch, dadurch nimmt das Füllungsvolumen der Blase ab, die Toilettengänge werden häufiger.

#### 2. Reizzustände in der Blase

Harnwegsinfekte, gutartige Prostatavergrößerung, Fremdkörper in der Blase, zum Beispiel ein Blasenstein

<sup>1</sup> OA Dr. Claudia Dörfler  
LKH Oberwart, Urologie

oder auch ein Blasentumor – sind alles Zustände, die vermehrte Reize in der Blase ausüben und das Gehirn damit so überlasten, dass es mit der Dämpfung des Harndrangs einfach überfordert ist.

### 3. Veränderungen im Gehirn oder Rückenmark

Die Ursache liegt im Gehirn selbst, so dass das Gehirn nicht mehr in der Lage ist, auf eine Meldung aus der Blase adäquat, d. h. dämpfend, beruhigend auf einen Harndrang zu reagieren. Derartige Veränderungen im Gehirn oder Rückenmark können z. B. Schlaganfall, Parkinson'sche Erkrankung, Multiple Sklerose, Mb. Alzheimer, Querschnittslähmung sein.

### Überlaufinkontinenz

(chron. Harnretention mit Inkontinenz)

Überlaufinkontinenz ist der tropfenweise Harnverlust bei einer überdehnten, ständig vollen Blase, wie bei einem überlaufenden Gefäß.

### Symptome der Überlaufinkontinenz

Typisch bei dieser Form der Inkontinenz sind häufiger Harndrang, nächtliches Harnlassen, ein schwacher Harnstrahl, Startverzögerung, nur kleine Harnmengen und das Gefühl, dass die Blase nicht leer ist, chronisches Harnverhalten bis zur Inkontinenz, d. h. Überlaufen der Blase.

### Ursachen der Überlaufinkontinenz

#### 1. Abflusshindernis unterhalb der Blase (subvesikale Obstruktion)

Z. B. infolge einer Prostatavergrößerung, aber auch bei einer Harnröhrenenge oder neurologisch bedingt, z. B. bei einer Spastik des Beckenbodens.

D. h. die Blase muss sich gegen einen erhöhten Widerstand entleeren. Das schädigt auf Dauer die Blase, sie kann sich nicht mehr ganz entleeren, es kommt zur Restharnbildung. Schließlich kann sie sich gar nicht mehr entleeren, sie ist mehr oder weniger ständig voll und geht wie ein volles Häferl, in das man weiter Flüssigkeit hineinleert, über.

#### 2. Schwäche des Blasenmuskels (Hypo- kontraktiler, hypotoner Detrusor)

Hervorgerufen z. B. durch blasendämpfende Medikamente, durch Operationen im kleinen Becken, Zuckerkrankheit, Bandscheibenvorfall.

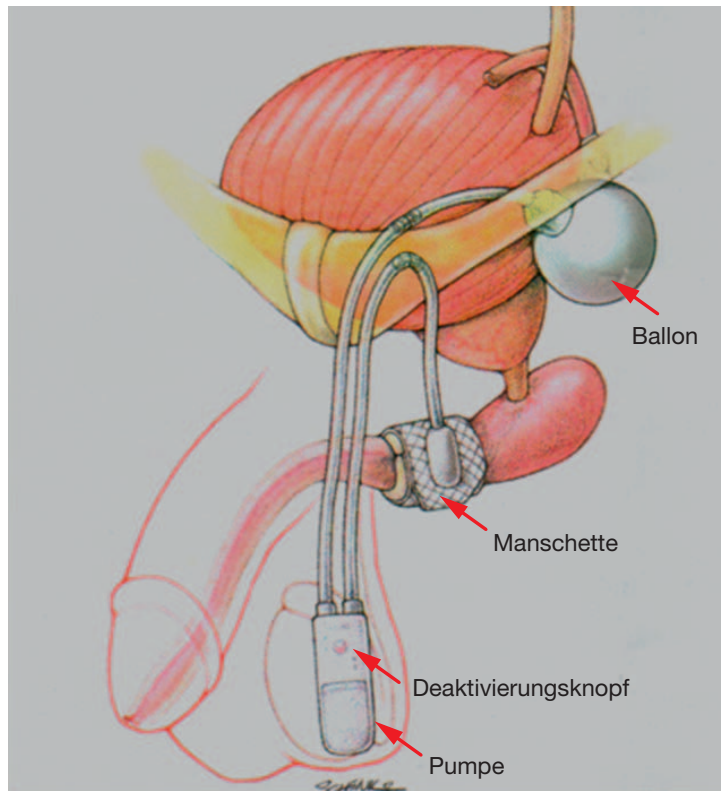


Abb. 2: AMS 800 Sphinkter – Ultima Ratio bei Belastungsinkontinenz

### Belastungsinkontinenz nach Prostataoperationen

(durch eine postop. Funktionsstörung des Sphinkters)

Diese ist bedingt durch einen defekten Harnröhrenverschluss, d. h. der Schließmuskel dichtet die Harnröhre nicht mehr vollständig ab (Sphinkterschwäche).

Die Anwesenheit zumindest eines intakten Sphinktermechanismus (interner oder externer Sphinkter) ist unbedingt notwendig für die Kontinenz. Nach transurethraler oder offener Prostataoperation wird die Kontinenz praktisch nur durch den externen Sphinkter gewährleistet. Jede Läsion führt dann fast sicher zur Inkontinenz. Bei der radikalen Prostatektomie ist diese Gefahr am größten.

### Symptome der Belastungsinkontinenz

Harnverlust unter Belastung, unterteilt nach Grad 1 – beim Niesen, Husten, Lachen, Grad 2 – Aussteigen aus dem Auto, Stiegen steigen, Grad 3 – im Liegen, im Stehen. D. h. immer, wenn es zu einer Druckerhöhung im Bauch kommt, geht Harn verloren – ohne Harndrang zu verspüren.

### Ursachen der Belastungsinkontinenz

Diese sind **im Rahmen einer Prostataoperation**

1. eine nervliche oder muskuläre Schädigung des Schließmuskels,
2. eine Verkürzung der Harnröhre und
3. eine mangelnde Fixierung der verbliebenen Harnröhre im kleinen Becken und das damit verbundene nach unten Sinken der hinteren Harnröhre.

Eine Belastungsinkontinenz ist immer Folge einer Prostataoperation, die Häufigkeit hängt von der Art und Schwere der Prostataoperation ab.

Bei einer TUR-P, also dem Aushobeln der Prostata durch die Harnröhre bei einer gutartigen Prostatavergrößerung ist die Schädigung des Schließmuskels bei einem guten Operateur sehr gering. Die Inkontinenzrate beträgt weniger als ein Prozent.

Anders sieht dies bei einer TUR-P aus, wo nach der Operation aufgrund eines zufällig festgestellten Prostatakrebses eine Bestrahlung angeschlossen wird. Hier erhöht sich die Blasenschwäche auf elf Prozent!

Bei einer Radikaloperation der Prostata bei Krebs kommt es in drei bis fünf Prozent zu einer schweren Blasenschwäche, in zehn bis 60 Prozent zu einer leichten.

Die Blasenschwäche nach einer radikalen Prostataoperation (Post-Prostatektomie-Inkontinenz) ist aber nur in 34 Prozent eine Belastungsincontinenz, also durch eine Schließmuskelschwäche bedingt, in 30 Prozent liegt eine Dranginkontinenz und in 36 Prozent eine Mischform vor.

### Postmiktionelles Nachträufeln (Nachträufeln nach dem Urinieren)

#### Die Symptome

erklären sich aus dem Namen von selbst.

#### Die Ursachen

sind bis dato nicht ganz geklärt.

In Frage kommen

1. ein Zusammenziehen der Blase nach dem Urinieren oder
2. eine ungenügende Entleerung der hinteren HR am Ende des Wasserlassens.

#### Diagnostik

Aufgabe der Diagnostik ist nun, herauszufinden, ob der Detrusor (Blasenmuskel) überaktiv ist oder eine Obstruktion (Abflusshindernis unterhalb der Blase) besteht, bzw. in den postoperativen Fällen muss noch die Sphinkter-externus-Funktion (Schließmuskel) geprüft werden.

Die Diagnostik wird entsprechend dem diagnostischen Stufenplan (erforderliche – empfohlene – im Einzelfall nützliche Maßnahmen) der Leitlinien des Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen durchgeführt.

Die **Basisdiagnostik** umfasst Anamnese der Miktions-, bzw. der Inkontinenz mit Erhebung von Medikamenten und Begleitkrankheiten, Bewertung des Leidensdrucks, körperliche Untersuchung incl. rektalem Tastbefund der Prostata, Harnanalyse, Restharnbestimmung und Erstellen eines Miktionsstagebuches. Damit soll bereits eine Diagnose gestellt und eine konservative Therapie begonnen werden.

Falls letztere erfolglos verläuft oder aber eine neurologische Erkrankung oder Stoffwechselstörung vorliegt, bzw. evtl. eine operative Therapie geplant ist, ist eine **weitere Abklärung** mittels Harnstrahlmessung, Ultraschalluntersuchung, Blasenpiegelung, Röntgenuntersuchung bis hin zur Urodynamik notwendig. Die urodynamische Abklärung mittels Cystomanometrie (Blasendruckmessung) und anschließender Druck-/Flussmessung (Harnstrahlmessung mit gleichzeitiger Messung der Detrusorleistung) ist eine

spezielle Untersuchungsmethode, mit der man genau feststellen kann, welche Form des Harnverlustes, bzw. der Blasenentleerungsstörung vorliegt. Nur auf diesem Weg kann die Therapie in Richtung Operation, Blasendämpfung oder eventuell Selbstkatheterismus optimiert werden.

#### Therapie

Allgemein besteht die Therapie in der Beseitigung ursächlicher Faktoren. Dazu zählen die Behandlung von Harnwegsinfekten, der Austausch von Medikamenten mit Einfluss auf das Wasserlassen (Entwässerungsmittel, Psychopharmaka) oder die Beseitigung einer obstruktiven Komponente, wie eine vergrößerte Prostata durch Medikamente (Alpha-Blocker, 5-Alpha-Reduktasehemmer) oder Operation (TUR-P, Urethrotomia interna).

#### Therapie der Dranginkontinenz

Im Vordergrund steht hier die **medikamentöse** Therapie mit Anticholinergika (Oxybutynin, Trosipiumchlorid, Tolterodin). Diese Medikamente haben einen

entweder durch **Medikamente** (Alpha-Blocker – erweitern den Blasen Hals und senken somit den Blasen auslasswiderstand, 5-Alpha-Reduktasehemmer – verkleinern das Prostatavolumen) oder durch eine **Operation** der vergrößerten Prostata (TUR-P), der Harnröhrenenge (Harnröhrenschlitzung) oder der Blasen Halsenge (Blasen Halskerbung).

Liegt eine Detrusorschwäche vor, kann man versuchen, **medikamentös** mit Cholinergika den Tonus des Detrusors zu steigern oder mittels intravesikaler **Elektrostimulation** (IVES) den Miktionsreflex zu verstärken.

Ultima ratio ist der intermittierende **Selbstkatheterismus** (ISK), bzw. die Einlage eines Dauerkatheters.

#### Therapie der Belastungsincontinenz

Als konservative Therapiemaßnahmen gibt es einerseits das Beckenbodentraining, das unter physiotherapeutischer Anleitung durchgeführt werden sollte, andererseits die Elektrostimulation, wobei durch Stimulation des N. pudendus die Beckenbodenmuskulatur angeregt wird,

### Besonders wichtig in der Therapie der Dranginkontinenz ist auch das Verhaltenstraining im Sinne eines Miktionstrainings - der aktiven Verlängerung von zu kurzen Miktionsintervallen durch Unterdrückung des Harndrangs.

harndrangdämpfenden Effekt auf den Blasenmuskel.

Besonders wichtig ist aber auch das **Verhaltenstraining** im Sinne eines Miktionstrainings. Das ist die aktive Verlängerung von zu kurzen Miktionsintervallen durch Unterdrückung des Harndrangs.

Eine weitere Behandlungsform ist die **Elektrostimulation**. Hier wird mit Hilfe von Strom der Beckenboden aktiviert, bzw. kontrahiert, was reflektorisch zu einer Relaxation des Blasenmuskels führt.

Die **operative** Therapie besteht in der Injektion von Botulinumtoxin direkt in den Detrusormuskel. Dieses Gift hemmt die Freisetzung von Neurotransmittern an der motorischen Endplatte, somit kann sich der Detrusor nicht mehr kontrahieren, es kommt zu einer Lähmung der Blase.

#### Therapie der Überlaufinkontinenz

Liegt eine subvesikale Obstruktion vor, muss man versuchen, diese zu beseitigen,

sich anzuspannen. Der Beckenboden wird besser spürbar gemacht und damit die Muskelleistung deutlich verbessert.

Zu den **operativen Therapieformen** zählen die Harnröhrenunterspritzung durch „bulking agents“, bei der verschiedene Substanzen wie Kollagen oder Silikon im Schließmuskelsbereich unter die Harnröhrenschleimhaut injiziert werden, sodass der geschwächte Sphinkter unterpolstert und in seiner Schließfunktion unterstützt wird.

Bei der Harnröhreneinengung von außen (Pro-ACT™) werden zwei Ballonkatheter vom Damm aus so implantiert, dass die Ballons unterhalb der Blase neben der Harnröhre liegen und diese so von außen komprimieren, dass man keinen Harn mehr verliert. Die beiden anderen Enden der Katheter mit dem Ventil liegen direkt unter der Haut im Hodensack. Über dieses Ventil kann man auch nach der Operation noch die Ballons soweit aufblasen, d.h. nachjustieren, bis eine Kontinenz gegeben ist.

Außerdem gibt es die Einengung der

Harnröhre durch verschiedene Schlingenverfahren (ATOMS™, ARGUS™, ADVANCE™), wobei hier ein netzartiges Band so um die Urethra gelegt wird, dass eine urethrale Obstruktion vorliegt.

Schließlich ist die Implantation eines künstlichen, hydraulischen Blasenschließmuskels (AMS-800 Sphinkter™) möglich. Die Prothese besteht aus einer aufblasbaren Manschette, die um die Urethra gelegt wird, einem flüssigkeitsgefüllten, druckregulierenden Ballon im Bauchraum und einer Kontrollpumpe im Hodensack. Der Ballon sorgt für eine konstante Füllung der Manschette, sodass die Harnröhre völlig komprimiert wird. Die Betätigung der Pumpe bewirkt eine kurzfristige Entleerung der Manschette und ermöglicht somit die Miktion. Die Manschette füllt sich über den druckregulierenden Ballon nach etwa drei Minuten wieder spontan und dichtet somit die Harnröhre wieder ab (*Abbildung 2*).

### Zusammenfassung

Inkontinenz ist jeder unfreiwillige Harnverlust. Sie wird noch vorwiegend als Frauenproblem gesehen, obwohl sie beim Mann auch häufig auftritt. Die Gründe hierfür liegen einerseits in der zunehmenden Lebenserwartung und den damit verbundenen Altersprozessen der Blase und des Gehirns sowie der Größenzunahme der Prostata, andererseits in der Zunahme von Radikaloperationen der Prostata bei Prostatakrebs. Die Blasenschwäche ist keine Er-

krankung, sondern ein Symptom mit verschiedenen Ursachen. Beim Mann gibt es vier Formen von Inkontinenz: Dranginkontinenz, Überlaufinkontinenz, Belastungsinkontinenz nach Prostataoperation und postmiktionelles Nachträufeln. Inkontinenz ist bei richtiger Diagnosestellung gut behandelbar. Durch eine spezialisierte Diagnostik kann zwischen den verschiedenen Inkontinenzformen unterschieden werden. Bei allen Formen der Inkontinenz gibt es heute gute und spezialisierte Therapiemöglichkeiten. Grundsätzlich stehen folgende Therapieoptionen zur Verfügung: Medikamentöse Therapie, Elektrostimula-

tion, Verhaltenstraining und operative Therapie. Die Lebensqualität der Betroffenen lässt sich durch eine entsprechende Behandlung massiv steigern. ■

#### Korrespondenz:

OA Dr. Claudia Dörfler LKH Oberwart  
Urologie  
Dornburggasse 80  
7400 Oberwart  
E-Mail: claudia.doerfler@krages.at

**SpringerMedizin.at**



Weitere Informationen unter:  
[www.SpringerMedizin.at/](http://www.SpringerMedizin.at/)

### LITERATUR

1. Abrams P, Cardozo L, Kouhry S, Wein A (eds). Inkontinenz 2<sup>nd</sup> International Consultation of Incontinence Paris, July 1-3, 2001, 2<sup>nd</sup> Edition 2002. Health Publication Ltd. 2002; 203-242, 585-822
2. Bauer RM, Mayer ME. Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. *Der Urologe A* Vol. 48 Nr.9 1044-1049
3. Bross S, Kwan St. Neue Verfahren zur operativen Therapie der postoperativen Belastungsinkontinenz des Mannes. *Der Urologe A* Vol. 46 Nr.3 257-263
4. Fischer M. Diagnostische Besonderheiten bei der Inkontinenz des Mannes. *J. Urol. Urogynäkol.* 2004 11 13-16
5. Gozzi C, Bauer RM, Rehder P. Die funktionelle retrourethrale Schlinge. *Der Urologe A* Vol. 47 Nr.9 1224-1228
6. Hampel C, Thüroff JW, Gillitzer R. Epidemiologie und Ätiologie der männlichen Harninkontinenz. *Der Urologe A* Vol. 49 Nr. 4 481-488
7. Heidler H. Spezielle Ursachen der Harninkontinenz beim Mann. *J. Urol. Urogynäkol.* 2004 11 17-18
8. Hübner W. Operative Therapie der männlichen Harninkontinenz. *J. Urol. Urogynäkol.* 2004 11 27-31
9. Hüber WA, Schlarp OM. Treatment of incontinence after prostatectomy using a new minimally invasive device: adjustable continence therapy. *Br J Urol.* Sep. 2005; 96(4) 587-94
10. Kiss G. Die Rolle der Elektrotherapie bei der Inkontinenz des Mannes. *J. Urol. Urogynäkol.* 2004 11 35-39
11. Madersbacher H. Harninkontinenz des Mannes: Medikamentöse Therapie. *J. Urol. Urogynäkol.* 2004 11 22-26
12. Primus G, Heidler H, et. al. Leitlinien Blasen-funktionsstörung. *J. Urol. Urogynäkol.* 2003 10 (Sonderheft 4) 19-26
13. Schöneberger B, Höfner K. Indikation zur urodynamischen Untersuchung. *Urodynamik* 2007 II, 139-143
14. Stöhrer M. Sieben Jahre Botulinum-A-Toxin in der Behandlung der neurogenen Detrusorhyperaktivität. *Der Urologe A* Vol. 46 Nr.9 1211-1218
15. Van der Horst C, Naumann CM. Ätiologie und Pathophysiologie der Belastungsinkontinenz beim Mann. *Der Urologe A* Vol. 46 Nr. 3 233-239